

یادداشت سردبیر

سایر اوروپاتوزن‌هایی که شیوع کمتری دارند، شامل گونه‌های کلبسیلا، پروتئوس، انتروباکتر و انتروکوکسی است. در جدولی که مدت درمان را برحسب نوع عفونت ادراری توصیه می‌نماید انتروکوکسی را در موارد complicated UTI، پروستاتیت و اپیدیدیمیت ذکر می‌کند. البته از مقاله Ronald هم به عنوان رفرنس نام می‌برد (اما نه در انتساب بیش از ۲۰ درصد عفونت به انتروکوکسی) (۳).

Ronald هم در مقاله خود ۸۰٪ عفونت‌های بدون عارضه و اکتسابی از جامعه را به *E. coli* و ۱۰٪ تا ۱۵٪ دیگر را به *Staphylococcus saprophyticus* نسبت می‌دهد. سپس از وجود انتروکوکسی در بیماران دیابتی نام می‌برد. در نتیجه‌گیری مربوط به عفونت بدون عارضه اضافه می‌کند: با آنکه اتیولوژی UTI ثابت باقی مانده، اما آگاهی از روند مقاومت محلی اکنون بخش لاینفک درمان تجربی موفق برای عفونت بدون عارضه است. سرانجام در انتهای مقاله اضافه می‌نماید: با آنکه در طول دهه‌های اخیر در اوروپاتوزن‌های غالب تغییرات حداقلی روی داده است، اما در الگوی مقاومت ضد میکروبی تغییرات معنی‌دار ایجاد شده است. (۴)

گزارش سیستم ملی مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (NNIS) در آمریکا (۱۹۹۰-۱۹۹۹) هم به انواع عفونت‌ها به تفکیک انواع بخش‌های مراقبت ویژه می‌پردازد و عفونت‌های ادراری متناسب به انتروکوک را در مجموع برای این بخش‌ها ۱۳/۸ درصد اعلام می‌کند (۵).

با بیان آنچه گذشت، یادآور می‌شود ۶۰٪ تا ۸۰٪ نمونه‌هایی که برای کشت ادرار به آزمایشگاه ارسال می‌شوند یا فاقد عامل اتیولوژیک عفونت هستند و یا حاوی آلوده کننده‌ها می‌باشند (۶). بنابراین، این سؤال مطرح است که چگونه از ۶۰۰ نمونه ادرار ۱۱۴ (۱۹٪) سویه انتروکوک جدا شده است؟ فراموش نکنیم که ۸۰٪ یا بیشتر UTI بیمارستانی با کاتتر ادراری همراه است (۲ و ۷ و ۸) در حالیکه در مقاله مورد

مقاله‌ای تحت عنوان "بررسی فاکتورهای ویروالانس انتروکوکوس فکالیس جدا شده از نمونه‌های ادرار" در شماره ۳ و ۴ (پائیز و زمستان، صفحات ۵۸-۵۳) سال ۱۳۸۷ مجله میکروپزشکی ایران به چاپ رسید. در این مقاله از نمونه ادرار ۶۰۰ بیمار بستری ۱۱۴ سویه (۱۹٪) انتروکوک جدا شده است. با انعکاس نظرات داوری به نویسنده محترم رابط، ایشان به چند سطر اول و منابع ۸-۶ مقاله استناد نمودند. مراجع ۶ و ۷ به ترتیب مقاله‌های Ronald و گزارش سیستم ملی مراقبت عفونت‌های بیمارستانی (NNIS) در آمریکا (۱۹۹۰-۱۹۹۹) هستند و مرجع ۸ هم کتابی است که در دسترس اینجانب نیست. به نظر می‌آید که جدا شدن این تعداد سویه انتروکوک به توضیح نیاز دارد. لذا، مطلب حاضر پیرامون این موضوع نگاشته شد.

در کتاب هاریسون به عنوان مرجع طب داخلی، *E. coli* عامل حدود ۸۰٪ از عفونت‌های حاد (سیستیت و پیلونفریت) در بیمارانی شناخته شده که کاتتر، ناهنجاری‌های اورولوژیک و یا سنگ ندارند. *enterococci* گاهی باعث سیستیت بدون عارضه (uncomplicated) در زنان می‌شود. *enterococci* و *Staphylococcus aureus* بیشتر عامل عفونت در بیمارانی هستند که سنگ کلیه دارند و یا سابقه استفاده از ابزار درمانی و یا جراحی را دارند (۱).

کتاب مندل به عنوان مرجع طب عفونی بعد از اشاره به اهمیت *E. coli* در عفونت حاد، متذکر می‌شود که به ویژه در صورت وجود ناهنجاری‌های ساختاری دستگاه ادراری، فراوانی نسبی عفونت ناشی از گونه‌های... و نیز انتروکوکسی و استافیلوکوکسی به مقدار زیاد افزایش می‌یابد. این گونه‌ها در عفونت‌های اکتسابی از بیمارستان بیشتر جدا می‌شوند. ۸۰٪ یا بیشتر UTI بیمارستانی با استفاده از کاتتر ادراری همراه است (۲).

در کتاب اورولوژی اسمیت هم عامل ۸۰٪ موارد سیستیت و پیلونفریت بدون عارضه به *E. coli* نسبت داده می‌شود.

1. Stamm WE. Urinary tract infections, Pyelonephritis, and Prostatitis. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. USA; McGraw Hill. 2008; PP:1820.
2. SoBel JD, Kaye D. Urinary tract infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 6th ed. Philadelphia; Churchill Livingstone. 2005; PP: 875-903.
3. Nguyen HT. Bacterial infections of the genitourinary tract. In: Tanagho EA, McAninch JW, eds. *Smith's general urology*. 17th ed. USA; McGraw Hill. 2008; PP:193-218
4. Ronald A: The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens. *Am J Med* 2002; **113**: 14S-19S.
5. National Nosocomial Infections Surveillance System: National nosocomial infections surveillance (NNIS) system report, data summary from January 1990-May 1999, *Am J Infect Control* 1999; **27**: 520-532.
6. Forbes BA, Sahm DF, Weissfeld AS. *Bailey and Scott's Diagnostic microbiology*. 12th ed. China; Mosby, 2007; PP:848.
7. Sharifi M. Bacteriuria in catheterized patients of gynecology ward. *Arch Iran Med* 1999; **2** (4) 198-201.
8. Sharifi M. Catheter associated bacteriuria in neurosurgery ward at Ayatollah Taleghani Medical Center of Kermanshah. *Med J Tabriz University of Medical Sciences and Health services* 2001; **37** (51):45-51.

بحث، در بین ۶۰۰ نفر فقط ۵ نفر (۰/۳٪) سوند ادراری دارند. حال از ۶۰۰ بیمار، که قطعا کشت تعدادی از آنها منفی است و فقط ۰/۳٪ کاتر ادراری دارند، چگونه میزان جداسازی اتروکوک ۱۹٪ است؟ با آنکه اتروکوکسی به عنوان عامل عفونت بیمارستانی شناخته شده، اما این یافته با کتابهای مرجع و نیز با مقاله‌ها، مطابقت ندارد. اشتباهات نمونه برداری یا درج نتایج را هم نباید از نظر دور داشت. لذا، نویسنده محترم "نامه به سردبیر" آگاهانه طرح موضوع نمودند.

ضمن تشکر از همکاران ارجمندی که مقاله ارزشمند فوق را به دفتر مجله ارسال نمودند، یادآوری نکاتی چند ضروری است:

۱- طرح این مباحث از ارزش علمی مقاله مذکور و زحمتی که همکاران محترم نویسنده مقاله متقبل شده‌اند، به هیچ وجه نمی‌کاهد.

۲- در مقاله‌های میکروب‌شناسی بالینی، بکرات برخورد می‌شود که جامعه آماری، برای استنتاج کامل و صحیح، به روشنی معرفی نمی‌شود. پر واضح است که استنتاج در این نوع مقاله‌ها باید با وضعیت بالین مطابقت داشته باشد، و یا دلایل قانع کننده‌ای در اختلاف موجود ارائه شود.

۳- اصلح است که چالش علمی (که جزء لاینفک علم است)، در حیطه مجلات علمی مطرح شود، تا این مجلات هم به ایفای رسالت خود نائل شوند.

۴- در مجله میکروب‌شناسی پزشکی، باید مطالب به صورتی درج شوند که قابل استناد مجامع پزشکی و همکاران بالینی باشند.

۵- سردبیری مجله خود را موظف دانست که عین متن نامه به سردبیر را در اختیار نویسنده محترم رابط مقاله مذکور قرار دهد، و پاسخ ایشان را هم در کنار نامه به سردبیر به قضاوت جامعه علمی میکروب‌شناسی محول نماید.

ضمن آرزوی موفقیت روزافزون برای نویسندگان محترم مقاله مورد بحث و نامه به سردبیر، امید است که این موضوع باب جدیدی باشد که مجله انجمن علمی میکروب‌شناسی ایران را به جایگاه واقعی و رسالت اصلی خود رهنمون سازد.

مسعود شریفی

سردبیر مجله میکروب‌شناسی پزشکی ایران